1922

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Sellheim.

JUN 19 1923

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Christoph Albrecht
approb. Arzt aus Staats (Provinz Sachsen).

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Sellheim.

Halle a. d. S. 1922
Buchdruckerei des Waisenhauses

Seltene Eklampsiebilder.

Von dem Gedanken geleitet, daß trotz aller Fortschritte auf dem Gebiete der Medizin neben anderen Krankheiten noch heute die Eklampsie zu den rätselvollsten gehört, hat Verf. in seiner Dissertation zunächst einen geschichtlichen Rückblick über die Krankheitsbezeichnung und in aller Kürze über die schon Jahrzehnte zurückreichenden Forschungsarbeiten zwecks Ergründung ihres eigentlichen Wesens zu geben versucht. Irrtümlicherweise wurde der Ausdruck Eklampsie, der, sich aus dem Griechischen herleitend, in übertragenem Sinne bei Hippokrates für die mit dem Eintritt der Pubertät plötzlich und für die Dauer erhöhte Körpertemperatur gefunden wird, von dem Franzosen Boissier an Stelle der wohl richtigeren Bezeichnung „Eklaktisma“ (bei Hippokrates für Krämpfe) für alle nicht periodisch auftretenden Krämpfe in die Nosologie eingeführt. So hat er sich, von Gehler auch in die Geburtshilfe übernommen, bis zum heutigen Tage behauptet. Wie der Name, so haben auch die Ergründungsversuche des unheimlichen Wesens der Krankheit eine weit zurückreichende Geschichte, da man schon früh erkannte, daß hinter ihrem plötzlichen, unerwarteten Ausbruche und ihrem oft schreckenerregendem Verlaufe ein besonderes Geheimnis liegen müsse, für das man zunächst das Walten übernatürlicher Kräfte verantwortlich machte. Erst mit Levers Entdeckung (1843), daß die Eklampsie fast immer mit einer erheblichen Albuminurie einhergehe, kam die Forschungsarbeit nach der Krankheitsursache ins Rollen, und besitzen wir von der „Krankheit der Theorien“ wohl mancherlei Hypothesen aber keinerlei sichere Tatsachen. Erst kürzlich schwang sich Zangemeister zu der Behauptung auf, daß das Dunkel über der Eklampsie gelichtet sei. Wegen der hohen Bedeutung seiner Untersuchungsergebnisse hat sich Verf. erlaubt, ein wenig näher auf die neuste Abhandlung Zangemeisters über die puerperale Eklampsie (D. M. W. 1921, Nr. 20) einzugehen. Nachdem Z. schon vor einigen Jahren gefunden hatte, daß die schweren cerebralen Erscheinungen der Eklampsie durch eine Hirndrucksteigerung infolge eines Hirnödems bedingt seien, kam er inzwischen bei der Frage nach dem Zustandekommen des Hirnödems sowie überhaupt des als physiologisch anzusehenden Hydrops gravidarum zu dem Schlusse, daß eine Undichtigkeit der Kapillarwände für die Wasseransammlung in den Geweben zu beschuldigen sei. Dabei läßt er die Frage nach der Entstehung der Kapillarschädigung noch offen. Indem jener Hydrops von einem „Vorstadium“ an (leichte Ödeme) immer höhere Grade annimmt, kann der Prozeß auf dem Wege über einen „reinen Hydrops“ und weiter eine Nephropathie allmählich in das „Stadium des Hirndrucks“ übergehen, indem zunächst die präeklamptischen Symptome auftreten, denen

dann die „eigentliche Eklampsie“ folgt, so daß also im Grunde das Wasser als das lange gesuchte Eklampsiegift anzusehen sei. Dementsprechend erblickt auch Z. die wirksamste Eklampsie-Prophylaxe in einer rechtzeitigen und sachgemäßen Behandlung des schon physiologisch sich findenden geringgradigen Hydrops gravidarum, und gibt auch „Richtlinien“ für die Behandlung der eigentlichen Eklampsie an.

Um nun dem eigentlichen Zwecke seiner Arbeit hinreichend gerecht zu werden und die Seltenheiten der ihr zugrunde liegenden klinischen Fälle genügend klar hervortreten zu lassen, ist Verf. dazu übergegangen, eine eingehende Schilderung des bekannten pathologisch-anatomischen und klinischen Bildes der Eklampsie zu geben, wie es sich bei Frauen findet, und bei den Kindern eklamptischer Mütter finden kann.

Die Seltenheiten der drei aus der Universitäts-Frauenklinik stammenden Fälle hat Verf. alsdann hervorgehoben und mit Hilfe der obenerwähnten Untersuchungsergebnisse Zangemeisters zu beleuchten versucht.

Im ersten Falle fand sich als absonderlich zunächst ein früher Ausbruch der Eklampsie im achten Schwangerschaftsmonat bei besonderem Hervortreten der cerebralen Symptome ohne einen stärker ausgeprägten allgemeinen Hydrops (geringgradige Albuminurie, keine Zylinder). Nach Z. bildet jener Hydrops nicht eine unumgängliche Vorbedingung für die Hirnschwellung, für die eine unbekannte Kapillarschädigung in diesem Falle verantwortlich gemacht werden muß. Bei verschiedener Empfindlichkeit der Gehirnzentren gegenüber dem Hirndruck kann nach Z. die Eklampsie bald früher, bald später zum Ausbruch kommen. Selten war ferner in dem gleichen Falle der Verlauf der Eklampsie, der das seltene Bild einer drei Tage nach Spontangeburt rezidivierenden, tödlichen Eklampsie bot. Die Ausführung der Sektion wurde verweigert, so daß das pathologisch-anatomische Bild verborgen blieb.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine körperlich nur sehr mäßig entwickelte Patientin, die wegen Nabelschnurvorfall und auf rachitischer Grundlage engem Becken durch Sectio caesarea nach schon lange in Gang befindlicher Geburt in der Klinik entbunden wurde und ca. neun Stunden p. p. ohne besonders beobachtete Prodrome einen kräftigen eklamptischen Anfall bekam und ohne daß diesem noch mehrere Anfälle folgten, am 26. Tage p. p. gesund wieder entlassen werden konnte. Eine Erklärung wäre vielleicht dadurch gegeben, daß der infolge Rachitis ohnehin herabgesetzte Kalkgehalt des Blutes infolge des Verbrauches seitens der Frucht eine zu starke Verminderung erfuhr und so eine Undichtigkeit der Kapillarwände bedingte. Infolge der Preßwehen bei langdauernder Geburt wurde eine Stauung im Schädel und weiter eine Hirn-

schwellung hervorgerufen. Vielleicht wirkten alsdann die während der Operation zwecks guter Kontraktion des Uterus künstlich erzeugten Wehen im Sinne plötzlicher Blutdrucksteigerungen und riefen bei erhöhter Reflexerregbarkeit jenen eklamptischen Anfall hervor, dem bei Fortfall jener Preßwehen und Rückgang der Hirnschwellung kein weiterer Anfall folgte.

Im dritten Falle fand sich ebenso wie im ersten ein absonderlich frühes Auftreten der Eklampsie im achten Schwangerschaftsmonat bei gleichzeitiger Nephritis chronica. Auffallend schwere cerebrale Symptome in Form hochgradiger Kopf- und Augenschmerzen, die letzteren sich kurz vor dem ersten Anfall bis zur völligen Amaurose steigerten, leiteten die Krankheit ein. Ähnlich wirkend wie in höherem Grade der Hydrops gravidarum könnte in diesem Falle der die Nephritis begleitende äußere und innere Hydrops eine Hirnschwellung hervorgerufen haben, die durch Zirkulationsstörungen zu jenen schweren Vorsymptomen führte. Sonderbarerweise wurden hier vor Ausbruch der Anfälle keinerlei Wehen beobachtet. Dafür könnten für den ersten Anfall angeblich häufige Leibschmerzen in der letzten Zeit der Schwangerschaft, für den zweiten Anfall Handgriffe an der Patientin bei der Einlieferung in die Klinik, für den dritten Anfall Manipulationen bei der Vorbereitung für die Operation (vag. Kaiserschn.) verantwortlich gemacht werden. Weitere Anfälle erfolgten nicht.

Bei der Frage nach dem Schicksal der Kinder ergab sich im ersten Falle, daß das dem Foetalalter nach wohl lebensfähige Kind infolge therapeutischer Maßnahmen an der Mutter (Aderlaß, Mo. Injektion) sowie wohl durch eine toxische Schädigung beim schweren Bilde der mütterlichen Eklampsie tot geboren wurde. Eine Sektion wurde nicht ausgeführt.

Im zweiten Falle wurde das ausgetragene Kind in weißer Asphyxie geboren und am ersten Tage nach der Geburt von Krämpfen befallen, die den im ganzen selten bei Kindern eklamptisch beobachteten Anfällen sehr ähnelten. Seltenerweise waren bis zur Geburt keinerlei Anzeichen einer Eklampsie an der Mutter beobachtet, so daß ein Zusammenhang im Sinne einer toxischen Schädigung des Kindes schwer feststellbar war. Eher könnte die von den Kinderklinikern angenommene konstitutionell bedingte Krampfbereitschaft des jungen Kindes in diesem Falle in Frage kommen, da infolge langdauernder Geburt bei engem Becken eine Hirndruckschädigung des Kindes vorgelegen haben könnte, durch die es zu jenen Anfällen, die zum Tode führten, kam. Auch ergab der pathologisch-anatomische Sektionsbefund ein für Eklampsie völlig negatives Resultat.

Im dritten Falle mußte, da die Schwere der mütterlichen Eklampsie eine möglichst rasche Entbindung gebot, das Kind durch Perforation geopfert werden. Eine Sektion wurde nicht vorgenommen.